COMMISSIONE PARLAMENTARE PER LE QUESTIONI REGIONALI

RESOCONTO STENOGRAFICO

AUDIZIONE

5.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 17 FEBBRAIO 2010

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **DAVIDE CAPARINI**

INDICE

PAG.

Sulla pubblicità dei lavori:

Caparini Davide, *Presidente* 3

Audizione del Ministro della salute, Ferruccio Fazio, sui profili di competenza regionale afferenti al Nuovo patto per la salute 2010-2012 *(ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del Regolamento della Camera dei deputati):*

Caparini Davide, *Presidente* 3, 9, 12, 14, 16

Bassoli Fiorenza (PD) 11

Fazio Ferruccio, *Ministro della salute* 3, 12, 14

Mascitelli Alfonso (IdV) 10

Scalera Giuseppe (PdL) 9

Vaccari Gianvittore (LNP) 12

PAGINA BIANCA

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE DAVIDE CAPARINI

La seduta comincia alle 14,10.

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Avverto che, se non vi sono obiezioni, la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche attraverso l'attivazione di impianti audiovisivi a circuito chiuso.

(Così rimane stabilito).

Audizione del Ministro della salute, Ferruccio Fazio, sui profili di competenza regionale afferenti al Nuovo patto per la salute 2010-2012.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del Regolamento della Camera dei deputati, l'audizione del Ministro della salute, Ferruccio Fazio, sui profili di competenza regionale afferenti al Nuovo patto per la salute 2010-2012.

Ringrazio il Ministro Fazio per la presenza e gli do subito la parola per la sua relazione.

FERRUCCIO FAZIO, *Ministro della salute*. Grazie, presidente. Onorevoli deputati e senatori, vi ringrazio per l'invito che ci dà la possibilità di illustrare il nuovo Patto per la salute 2010-2012, stipulato nel dicembre 2009 in Conferenza Stato-regioni.

Come ho già avuto modo di ricordare in una recente audizione presso la XII Commissione del Senato, a seguito della riforma del Titolo V della Costituzione la *governance* del Servizio sanitario nazionale si è realizzata con l'utilizzo dello strumento pattizio. Sono infatti affidati ad accordi, intese o patti per la salute, sanciti in Conferenza Stato-regioni, i princìpi regolatori del funzionamento del Servizio sanitario nazionale.

Con l'Accordo 2001, preceduto dal cosiddetto « Accordo Giarda » del 2000, furono stabiliti due princìpi fondamentali. Il primo principio era costituito dal principio del cosiddetto « chi rompe paga », in base al quale ogni livello di Governo deve assumersi la responsabilità delle proprie scelte e dei propri eventuali errori. Il secondo principio, che nel tempo si è rivelato di assoluta efficacia, è quello in base al quale nell'assegnazione annuale delle risorse alle singole regioni una quota di esse (inizialmente fissata al 4-5 per cento, successivamente fissata al 3 per cento) viene considerata premiale e quindi effettivamente erogata solo a seguito di una verifica annuale, che attiene sia al mantenimento dell'equilibrio di bilancio, sia all'erogazione effettiva dei livelli essenziali di assistenza.

Il nuovo Patto per la salute, sottoscritto il 3 dicembre 2009 per il triennio 2010-2012, ha posto in risalto la volontà di dare certezza di risorse per il Servizio sanitario nazionale su un arco pluriennale, confermando un *trend* di crescita del finanziamento, ma rendendolo al tempo stesso compatibile con la programmazione finanziaria del Paese.

Ne consegue che Governo e regioni hanno ritenuto necessario individuare un livello di fabbisogno predefinito, al cui finanziamento concorre lo Stato nel rispetto della piena erogazione dei LEA e quindi compatibile con le risorse finanziarie pubbliche rese disponibili nel ri-

spetto degli impegni assunti dallo Stato a livello europeo in materia di finanza pubblica. Ciò anche nell'ottica di tenere separati i diversi ruoli di responsabilità relativamente al superamento dei limiti di spesa prefissati.

Con il nuovo patto vengono a perfezionarsi ulteriormente i sistemi di controllo per le regioni in disavanzo, accompagnandole con l'affiancamento del Ministero e del Governo, anche attraverso i commissari, nelle scelte più appropriate e meno dispendiose per i cittadini dei loro territori, aiutandole nell'organizzazione strutturale del sistema sanitario e dei servizi.

È infatti noto che le regioni con un piano di rientro hanno uno sviluppo scarsamente controllato dell'assistenza ospedaliera, che fa aumentare i costi senza offrire le adeguate cure domiciliari e residenziali agli anziani, ai portatori di *handicap*, ai pazienti psichiatrici e a coloro che si trovano nelle fasi terminali della vita.

Nelle proposte di programmazione sanitaria per il triennio 2010-2012, sono consolidate le misure che sostengono l'equità del sistema e l'affiancamento delle regioni con disavanzo attraverso un monitoraggio dell'assistenza resa e dei livelli di spesa, nel rispetto di una corretta erogazione dei livelli di assistenza, anche ottimizzando l'apporto del privato che si inserisce nel sistema della *governance* pubblica con l'accreditamento. Il monitoraggio e la verifica dei livelli di assistenza da parte dello Stato, consentirà di ridurre anche i divari assistenziali tra le diverse regioni.

Le scelte strategiche della politica sanitaria nel prossimo triennio si caratterizzeranno fortemente verso i seguenti obiettivi: il miglioramento e il potenziamento della prevenzione; la riorganizzazione delle cure primarie, con la creazione di una continuità assistenziale, dal *gate-keeper* che deve essere il medico di medicina generale, fino all'articolazione in diagnosi sul territorio, un passaggio il più breve possibile all'ospedale e la continuità assistenziale nelle sedi residenziali territoriali; la promozione e la diffusione nei servizi sanitari del governo clinico – ci sono alcuni progetti di legge in discussione alla Camera dei deputati –, della qualità e della sicurezza dei pazienti – c'è un altro disegno di legge all'esame del Senato della Repubblica.

Il quarto obiettivo è il potenziamento dei sistemi di rete nazionali e sovraregionali, con particolare riferimento alle malattie rare, ai trapianti e comunque alle varie reti delle patologie più comuni e meno comuni; il quinto obiettivo è la diffusione e il consolidamento dell'integrazione sociosanitaria in collaborazione, naturalmente, con il Ministero del *Welfare*; il sesto è la promozione del ruolo del cittadino e delle associazioni nella gestione e nel controllo delle prestazioni del servizio sanitario – ci si riferisce all'*audit* civico e a metodologie di *customer satisfaction*, che devono affiancare le attuali metodologie di verifica sul territorio con indicatori di tipo oggettivo –; il settimo, infine, è il miglioramento e la qualificazione del personale dei servizi sanitari.

Questi sono i sette obiettivi fondamentali a cui si affiancano altri obiettivi secondari. Nell'ambito di queste scelte dovranno essere conseguiti obiettivi prioritari come: l'equità di trattamento e di accesso ai servizi, semplificando le procedure burocratiche e amministrative e privilegiando i punti unificati di accesso; la tutela e la cura delle persone più deboli, dai disabili agli anziani non autosufficienti, ai portatori di patologie psichiatriche, alle persone con dipendenza, favorendo anche la loro integrazione nella vita quotidiana; la diffusione delle cure palliative e delle terapie per alleviare il dolore, così come previsto dal progetto di legge in via di definitiva approvazione da parte del Parlamento; una gestione più efficiente dei servizi sanitari, eliminando liste di attesa – aspetto che sarà all'attenzione del Governo nei prossimi giorni – anche attraverso la predisposizione di percorsi facilitati per le cronicità.

Fornisco ora maggiori dettagli in ordine ai contenuti del Patto per la salute, suddivisi per le sezioni in cui è articolato.

La prima sezione è riferita al fabbisogno finanziario del Servizio sanitario nazionale e dei fabbisogni regionali. Al riguardo, osservo che lo Stato si è impegnato per gli anni 2010 e 2011 a incrementare, rispettivamente, il finanziamento già fissato dalla normativa previgente di 1.600 e 1.700 milioni di euro. Considerando che sono stati anche riattribuiti alle regioni gli 800 milioni di euro relativi alla manovra sul prezzo dei farmaci generici (extrasconto), di fatto le regioni si vedono aumentare le proprie risorse rispettivamente di 2.400 e 2.500 milioni per gli anni 2010 e 2011. Per il 2012 lo Stato si impegna ad assicurare risorse aggiuntive tali da garantire un incremento del livello del finanziamento rispetto all'anno 2011 del 2,8 per cento. Questo dato deve essere calcolato rispetto a un fondo sanitario nazionale di circa 108 miliardi di euro.

Per quanto attiene al programma ex articolo 20 della legge n. 67 del 1988, che riguarda i finanziamenti strutturali di edilizia e apparecchiature alle regioni, il suo importo complessivo è stato elevato dagli attuali 23 miliardi a 24 miliardi di euro, garantendo – è questo è un fatto significativo – nel bilancio pluriennale 2010-2012, in aggiunta alle risorse stanziate per il 2009, pari a 1.174 milioni di euro, 4.715 milioni di euro.

La seconda sezione del Patto riguarda l'avvio di un sistema di monitoraggio dei fattori di spesa. Si sono poste le basi per una confrontabilità delle *performance* regionali in base a un sistema di indicatori di efficienza e appropriatezza. Al riguardo, segnalo che sono qui presenti, oltre al dottor Palumbo, direttore del Dipartimento programmazione, anche il dottor Moirano, direttore dell'AGENAS, l'Agenzia nazionale dei servizi sanitari, specificatamente deputata sia al controllo dell'efficienza, dell'appropriatezza e dei vari indicatori delle *performance* regionali, che ad affiancare le regioni in piano di rientro. Questi sono oggi i compiti specifici dell'AGENAS, che si pone come quell'ente terzo più volte auspicato per la valutazione del funzionamento del servizio e delle *performance*.

Gli indicatori che andiamo a considerare sono i seguenti: indicatori del rispetto della programmazione regionale; indicatori sui costi medi; standard dei posti letto ospedalieri; standard del tasso di ospedalizzazione; standard del costo del personale; standard della numerosità del personale; standard di struttura – per esempio, si considera anomala la presenza sul territorio di ospedali pubblici con numero medio di posti letto inferiore al numero medio registrato dalle regioni in equilibrio economico e che garantiscano l'erogazione dei LEA con adeguati standard di appropriatezza, efficacia ed efficienza –; standard di appropriatezza efficace ed efficienza.

La terza sezione è rappresentato dagli organismi di monitoraggio. Mentre sono confermate le funzioni previste dal vigente ordinamento del Tavolo di verifica degli adempimenti e del Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, è stata anche istituita, quale struttura tecnica di supporto della Conferenza Stato-regioni, una struttura tecnica di monitoraggio paritetica con rappresentanti del Ministero dell'economia e delle finanze, del Ministero della salute, del Dipartimento per gli affari regionali, delle regioni, della Segreteria della Conferenza delle regioni e province autonome e della Segreteria della Conferenza Stato-regioni.

La quarta sezione del Patto riguarda gli adempimenti per l'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale. Si conferma il quadro degli adempimenti a cui le regioni devono provvedere sia sul versante del mantenimento dei LEA che dell'equilibrio di bilancio per poter accedere alla quota premiale del 3 per cento a cui ho già fatto riferimento. Tra l'altro, per le regioni più virtuose è previsto che la quota trattenuta possa addirittura essere ridotta *ex ante*. Si provvederà quindi in maniera concertata all'aggiornamento degli strumenti di valutazione e monitoraggio da sottoporre all'approvazione della Conferenza Stato-regioni.

La quinta sezione è relativa alla rimodulazione tariffaria e alla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie. Le

regioni, nel caso in cui si profili uno squilibrio di bilancio nel settore sanitario pari o superiore al 5 per cento, ovvero di livello inferiore qualora gli automatismi non garantiscano con la quota libera la copertura integrale del disavanzo, si impegnano ad attivare per un importo di manovra pari almeno al 20 per cento dello squilibrio stimato i seguenti strumenti: ulteriori misure in materia di regressione tariffaria, e quindi l'abbattimento per le attività di riabilitazione ospedaliera effettuate dalle strutture private accreditate della soglia di degenza da 60 a 45 giorni, al fine dell'applicazione della riduzione tariffaria del 40 per cento, e innalzamento della percentuale di regressione tariffaria dal 30 al 40 per cento per le attività di lungodegenza di durata superiore ai 60 giorni; misure per garantire l'equilibrio finanziario della specifica gestione dell'attività libero-professionale intramuraria, anche attraverso l'eventuale incremento delle tariffe; misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie *(ticket)*.

La sesta sezione del Patto riguarda la razionalizzazione della rete ospedaliera e incremento dell'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri. Le regioni e le province si impegnano ad adottare provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati a carico del Servizio sanitario regionale non superiore a 4 posti letto per 1.000 abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per 1.000 abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie. Di fatto, si tratta di passare dal 4 per mille attuale al 3,3 per le acuzie più lo 0,7 – quindi in incremento – per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie. Rispetto a questi standard, sono compatibili piccole variazioni descritte nel Patto per regioni con peso particolare di popolazione oltre i 75 anni.

La settima sezione è relativa all'accreditamento e alla remunerazione. In questo ambito, si è convenuto di rinviare a una successiva intesa Stato-regioni una revisione normativa in materia di accreditamento e remunerazione delle prestazioni sanitarie, anche al fine di tener conto della particolare funzione degli ospedali religiosi classificati. Da questo punto di vista, riteniamo necessario arrivare a un'evoluzione del sistema dell'accreditamento, che deve essere non più unicamente strutturale, ma collegato anche con indicatori di efficienza, efficacia e appropriatezza. In tal senso, potremmo anche pensare a un'ipotesi di accreditamento dinamico, ovvero valutato anno per anno, struttura per struttura, in base a indicatori che ne confermino l'adeguatezza, l'efficacia e l'appropriatezza.

L'ottava sezione riguarda l'assistenza farmaceutica e i dispositivi medici. Per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica, Governo e regioni si sono impegnati a costituire un apposito tavolo composto da tre rappresentanti regionali e tre rappresentanti ministeriali (Ministero della salute, Ministero dell'economia e delle finanze, Ministero dello sviluppo economico), un rappresentante dell'AIFA e uno dell'AGENAS, che formuli una proposta sulla base di princìpi che adesso andremo a enumerare nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica. Il tavolo è già stato convocato la settimana scorsa, è stato suddiviso in due tavoli tematici ed è dunque già operativo.

I princìpi che il tavolo dovrà verificare sono: definire modalità e strumenti per il governo dell'assistenza farmaceutica ospedaliera; garantire da parte dell'AIFA di mettere a disposizione delle regioni dati analitici sui consumi farmaceutici al fine di consentire alle regioni un reale monitoraggio della spesa; rivedere l'attuale disciplina del ricorso ai farmaci *off label*; monitorare la spesa farmaceutica, anche al fine di formulare proposte per assicurare il rispetto dei tetti programmati. Aggiungo che a questo tavolo abbiamo inserito l'ulteriore punto della revisione della distribuzione, che riteniamo di particolare importanza visto il ruolo sempre più cruciale che nell'ambito del servizio sanitario dovranno assumere le farmacie, acquisendo un ruolo sempre più importante da un punto di vista sociosanitario e trasformandosi da enti commerciali o

boutique in strutture con importanti funzioni sociosanitarie o comunque di alta qualificazione.

Quanto, invece, al tematica dei dispositivi medici, si è convenuto di unificare le competenze attualmente attribuite a soggetti diversi in materia di prontuario dei dispositivi medici, che vanno dalle siringhe alle grandi apparecchiature diagnostiche o terapeutiche, con problematiche evidentemente molto diverse, perché alcuni sono collegati alla farmaceutica e altri a problematiche fisiche-ingegneristiche. Come dicevo, vanno unificate le competenze oggi attribuite a soggetti diversi, Ministero della salute *in primis*, AIFA, AGENAS e Istituto superiore di sanità (ISS), valorizzando in particolare la funzione di agenzia dell'AIFA. A tal fine verrà costituito – lo convocheremo a giorni – un tavolo nazionale di lavoro con la partecipazione di regioni, Ministero della salute, AIFA, AGENAS e ISS, con il compito di proporre un'intesa Stato-regioni su questa materia.

La nona sezione del Patto riguarda la razionalizzazione dell'assistenza ai pazienti anziani e agli altri soggetti non autosufficienti. Si è convenuto che le regioni e le province autonome devono definire in modo integrato e unitario la programmazione per la dotazione di posti letto di residenzialità e delle strutture di semiresidenzialità. Deve essere definita l'organizzazione dell'assistenza domiciliare per i pazienti anziani e gli altri soggetti non autosufficienti, e questo dovrà essere uno specifico atto di programmazione integrata. Al riguardo, vorrei ricordare che oggi, il 40 per cento dei ricoveri ordinari ospedalieri – parliamo di acuzie – riguarda persone di oltre 65 anni, che costituiscono il 20 per cento della popolazione. Nel 2050, le persone oltre i 65 anni saranno il 35 per cento, per cui, se nel nostro Paese mancherà un discorso di programmazione integrata per quanto attiene residenzialità e semiresidenzialità, non avremo la sostenibilità del sistema sanitario nell'intero Paese, al di là della situazione di singole regioni. Dobbiamo quindi arrivare a un sistema in cui l'ammalato anziano ultrasessantacinquenne cronico, che attualmente ritorna in continuazione in ospedale per riacutizzazioni, venga trattato sul territorio. Ricordo ad esempio, la quantità di ricoveri per scompenso cardiaco, per diabete non compensato, per broncopneumopatia cronica ostruttiva sono indicatori non di inappropriatezza ospedaliera, ma di inappropriatezza territoriale, perché significa che il territorio non risponde a questi fondamentali bisogni primari.

Credo che questo sia il punto cruciale dell'attività del Governo, che il territorio debba essere fortemente potenziato e che i malati cronici debbano essere gestiti e trattati sul territorio.

La decima sezione è relativa al monitoraggio e alla verifica dei LEA. Si è convenuto tra Stato e regioni di aggiornare il provvedimento relativo al sistema di indicatori di garanzia dei livelli essenziali di assistenza e di monitorare l'andamento dei livelli essenziali di assistenza in relazione alla definizione dei costi standard. Questo sarà compito dell'AGENAS, qui rappresentata dal suo direttore, dottor Moirano.

L'undicesima sezione del Patto riguarda la qualità dei dati contabili, di struttura e di attività. Le regioni e le province autonome sono impegnate a garantire l'accertamento della qualità delle procedure amministrativo-contabili sottostanti alla corretta contabilizzazione dei fatti aziendali, nonché la qualità dei dati contabili, sia con valutazioni straordinarie delle procedure amministrativo-contabili, cui provvedono le regioni sottoposte ai piani di rientro, sia intensificando le verifiche periodiche, sia facendo ricorso, per l'implementazione e la messa a regime delle conseguenti attività regionali, anche alle risorse di cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988.

La dodicesima sezione è relativa al personale del servizio sanitario regionale. Le regioni e le province autonome si sono impegnate: a garantire la definizione di misure di riduzione stabile della consistenza organica del personale in servizio e del conseguente ridimensionamento dei fondi della contrattazione integrativa di

cui ai contratti collettivi nazionali del predetto personale; la fissazione di parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse e delle relative posizioni organizzative; l'adeguamento dei protocolli di intesa Università-regione.

La tredicesima sezione concerne la garanzia dell'equilibrio economico-finanziario, che riguarda le regioni in disequilibrio economico (parliamo, in buona sostanza, di piani di rientro e di commissariamento) alle quali si applicano le seguenti disposizioni. Dopo la verifica annuale, nel caso di disavanzo sanitario non coperto in tutto o in parte, alla regione interessata si applicano, oltre alle vigenti disposizioni riguardanti l'innalzamento automatico delle aliquote IRAP e l'addizionale regionale IRPEF, il blocco automatico del *turn-over* del personale del Servizio sanitario regionale e il divieto di effettuare spese non obbligatorie.

Il disavanzo sanitario rispetto al finanziamento ordinario e le maggiori entrate proprie sanitarie è definito strutturale se raggiunge o supera il 5 per cento, ancorché coperto dalla regione, oppure un livello inferiore al 5 per cento, qualora gli automatismi fiscali o altre risorse di bilancio della regione non garantiscano con la quota libera la copertura integrale del disavanzo. Se si raggiunge o si supera lo standard dimensionale, la regione interessata è tenuta a presentare entro il successivo 10 giugno un piano di rientro di durata non superiore a tre anni, che contenga sia le misure di riequilibrio del profilo erogativo dei livelli essenziali di assistenza, sia quelle per garantire l'equilibrio di bilancio sanitario.

Occorre dunque tenere sempre presenti questi due aspetti: l'aspetto relativo alle strutture, quindi all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, e quello relativo al bilancio. Questa è l'innovazione principale rispetto al precedente Patto per la salute, in cui prevaleva la problematica dell'equilibrio di bilancio. In questo Patto per la salute, tramite gli indicatori, sono sempre considerati i due aspetti alla pari: l'equilibrio di bilancio e il funzionamento strutturale, che risulta dall'effettiva erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

Alla luce di questo, mi rivolgo in particolare alla senatrice Bassoli con la quale abbiamo avuto già modo di confrontarci sul punto, deve essere considerato quello che continuo a definire « virtuoso concerto » tra Ministero dell'economia e delle finanze e Ministero della salute. In questo Patto per la salute, infatti, è espresso questo doppio aspetto del funzionamento dei servizi sanitari e della problematica economica. Proprio sull'attuale virtuoso concerto tra il Ministero dell'economia e delle finanze e il Ministero della salute si basa tutto l'impianto del nuovo Patto per la salute.

Torno alle procedure definite nel nuovo Patto per garantire l'equilibrio economico-finanziario. Sentita la Conferenza Stato-regioni, il Consiglio dei ministri accerta l'adeguatezza del piano di rientro presentato dalla regione in disavanzo sanitario e in caso di riscontro positivo il piano è approvato. In caso di riscontro negativo, il Consiglio dei ministri nomina il presidente della regione commissario *ad acta*, affiancato da uno o più commissari *ad acta* per compiti specifici. In particolare, ci si riferisce da un lato alla gestione delle procedure amministrativo-contabili, dall'altro alla programmazione e riqualificazione della rete ospedaliera e territoriale. Continua dunque questo dualismo fra economia e salute, che parte dal vertice e finisce alla base della piramide.

A seguito della nomina del presidente della regione quale commissario *ad acta* si applicano: 1) l'innalzamento automatico delle aliquote IRAP e addizionale regionale IRPEF; 2) il blocco automatico del *turn-over* del personale del SSR; 3) il divieto di effettuare spese non obbligatorie; 4) sospensione dei trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio; 5) decadenza dei direttori generali amministrativi e sanitari degli enti del Servizio sanitario regionale, nonché dell'assessorato regionale competente – è l'inizio dell'effetto del federalismo fiscale, che in ultima analisi prevede il fallimento politico della

regione –; 6) l'aumento dello 0,15 per cento dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive e dello 0,30 per cento dell'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche. La verifica dell'attuazione del piano di rientro avviene con periodicità trimestrale e annuale.

Per le regioni già sottoposte attualmente ai piani di rientro, quindi al momento di entrata in vigore dell'intesa, restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente e quindi i commissari nonché i subcommissari, anziché i commissari *ad acta*. È fatta salva la possibilità delle regioni di presentare un nuovo piano di rientro ai sensi della disciplina recata dal nuovo Patto per la salute. In questo caso, a seguito dell'approvazione del nuovo piano, cessano i commissariamenti secondo tempi e procedure definiti dal piano stesso e si ripassa dalla gestione straordinaria commissariale alla gestione ordinaria regionale. In questo momento, quindi, le regioni commissariate hanno la possibilità di effettuare questo passaggio.

L'ultima sezione del Patto tratta dei piani di rientro per le regioni inadempienti rispetto ad adempimenti diversi dall'obbligo dell'equilibrio di bilancio, alle quali si possono applicare disposizioni che prevedano la definizione di un piano di rientro più leggero approvato con l'accordo tra la regione interessata e i Ministeri competenti.

Queste era la descrizione del nuovo Patto per la salute. Il Governo resta naturalmente e disposizione per eventuali domande.

PRESIDENTE. Ringrazio il Ministro per la interessante e particolareggiata relazione. Do la parola ai colleghi che intendano intervenire per porre domande o formulare osservazioni.

GIUSEPPE SCALERA. Ringrazio il Ministro per una relazione che mi sembra cogliere gli aspetti essenziali del disagio che la sanità sta vivendo in Italia, soprattutto in alcune regioni dove il disavanzo di natura economica è particolarmente avvertito.

Nell'ambito di un'impostazione che non può non essere condivisa, collegata a indicatori che possano essere al tempo stesso elementi chiarificatori per quanto riguarda gli equilibri di bilancio, ma anche punti di riferimento importanti per quanto riguarda la qualità dei servizi sanitari, volevo porre al Ministro una serie di quesiti che mi aiutano a capire la *ratio* complessiva con la quale si muove il nuovo Patto per la salute. Colgo anche l'occasione per salutare il dottor Palumbo, giacché la nostra antica frequentazione risale ai tempi della regione Campania.

Nell'ambito del Patto si sottolinea come il Ministero affianchi la regione, aiutandola nell'organizzazione strutturale del sistema sanitario e dei servizi. In una regione come la Campania, che è una di quelle attualmente sottoposte a un particolare monitoraggio da parte del Ministero, pur essendo ormai entrati nell'ambito del nuovo Patto per la salute, purtroppo sono ancora aperti ospedali che dovrebbero chiudersi, e il concetto di organizzazione strutturale del sistema sanitario non ha portato a risultati significativi. Soffrono quindi anche i cosiddetti standard dei posti letto, inevitabilmente vincolati alla logica delle realtà ospedaliere.

Vorrei anche chiederle qualche parola più chiara sui problemi connessi alla edilizia ospedaliera. È infatti in fase attuativa nella nostra regione una serie di progetti, che sono già costati centinaia di milioni di euro (mi riferisco in particolare all'Ospedale del Mare su cui è ancora aperta un'inchiesta della magistratura nei riguardi degli ingegneri e dell'assessore regionale alla sanità dell'epoca, Angelo Montemarano). L'edilizia ospedaliera è infatti particolarmente importante nella nostra area soprattutto perché nell'ambito della realtà collinare di Napoli si trova la più alta concentrazione di posti letto d'Europa, collegata a una serie di realtà ospedaliere che finiscono per essere fondamentali punti di riferimento.

Inoltre, i vincoli al *turn-over* – si ipotizza anche il blocco automatico del *turn-over* del personale del servizio sani-

tario regionale – poco si sposano con le realtà di pensionamento alle quali stiamo assistendo, laddove i reparti vanno progressivamente svuotandosi di personale e di medici. L'impossibilità di sviluppare *turn-over* finisce inevitabilmente per procurare ulteriori disagi.

Considero molto puntuale l'osservazione collegata ai protocolli di intesa tra Università e regione. Soprattutto in alcune regioni – cito la mia come elemento di riferimento e come realtà che meglio conosco – questi protocolli, posti a carico del Servizio sanitario nazionale, hanno fornito da una parte livelli di assistenza particolarmente insignificanti, dall'altro, paradossalmente, sono stati un modo talvolta improprio di finanziare l'Università e consentirle di sopravvivere in determinati ambiti. Se infatti non avessero ricevuto finanziamenti regionali, difficilmente avrebbero potuto esercitare la loro funzione. Da questo punto di vista, ritengo che un'attenta valutazione collegata ai protocolli di intesa, anche da parte del Ministero, sia un elemento di particolare significato e valore.

Con riferimento alla settima sezione del nuovo Patto per la salute il Ministro ha parlato di accreditamento dinamico, direttamente connesso alla revisione normativa sulla remunerazione e l'accreditamento delle prestazioni sanitarie, secondo gli indicatori di efficienza, avanzando l'ipotesi di accreditamento annuale capace di monitorare costantemente la qualità del servizio offerto. Il principio può essere anche condivisibile, ma si scontra con un'ulteriore valutazione – mi interesserebbe conoscere l'opinione del Ministro –, che è collegata agli investimenti in questo settore. Se, infatti, un privato non ha la certezza di lavorare l'anno seguente, difficilmente sarà indotto a investire in termini significativi rispetto a un regime di accreditamento.

In fine, si è parlato di una verifica annuale del disavanzo sanitario delle quattro regioni attualmente sottoposte a piani di rientro. Vorrei sapere se si abbiano già i elementi per quanto riguarda il 2009. Mi risulta infatti che alcune di queste regioni stentino a recuperare indici economici plausibili rispetto alla loro azione di governo. Le chiederei quindi di fornire eventuali elementi al riguardo.

ALFONSO MASCITELLI. Ringrazio il Ministro per la relazione dettagliata e molto chiara. Mi limiterò a chiedere alcuni sintetici chiarimenti, che attengono più all'aspetto e alle competenze dalla Commissione per le questioni regionali.

Mi ha molto affascinato e interessato il fatto che il Ministro abbia ricordato anche oggi la necessità di questo circuito virtuoso tra il Ministero dell'economia e delle finanze e il Ministero della salute. Credo che il successo di questo circuito sarà il successo stesso dell'attività del Ministro della salute. Nella sua relazione, a proposito del capitolo del monitoraggio che interessa di più il rapporto Stato-regioni, ribadisce l'esigenza di una verifica non solo dei livelli essenziali di assistenza, quindi di tutti gli strumenti messi in atto perché questi livelli siano realmente rispettati, ma anche del riequilibrio economico-finanziario.

Poiché il Ministro nella sua relazione ha fatto riferimento a un successivo provvedimento in cui verranno verificati tali sistemi di controllo e di monitoraggio – per la precisione ha detto che « si provvederà in maniera concertata all'aggiornamento degli strumenti di valutazione e monitoraggio da sottoporre alla Conferenza Stato-regioni » – , vorrei chiedere al Ministro se sia possibile avere un'anticipazione delle linee di indirizzo del Ministero.

Chiedo questo perché, come sappiamo, per lo Stato centrale e il Governo è molto più facile controllare con un sistema ragionieristico l'equilibrio economico-finanziario, così come per le regioni è più facile procedere a tagli di spese e aumenti di compartecipazioni ai ticket; è invece molto più difficile per lo Stato centrale, signor Ministro, controllare l'adeguato mantenimento dei livelli essenziali di assistenza. Per questo vorrei sapere come il Governo intenda muoversi per monitorare anche questo aspetto, giacché ritengo che esso sia

essenziale per realizzare il circuito virtuoso di cui il Ministro ha parlato.

Dico questo, inoltre, perché credo che se, da un lato, è giusto che lo Stato chieda alle regioni il sacrificio di una riduzione dei tassi di ospedalizzazione, che sono altissimi sull'intero territorio nazionale, dall'altro lato, è opportuno riconoscere come la medicina dei servizi a cui ha fatto giustamente riferimento nella relazione (medicina delle RSA, dell'assistenza domiciliare integrata), in buona parte del Paese, in particolare nel centro-sud, sia assolutamente assente. Nella mia regione, l'Abruzzo, sebbene il piano di rientro cui siamo sottoposti da alcuni anni preveda l'obbligo di investimenti su questi settori, tale obbligo è stato completamente disatteso.

Un ulteriore aspetto interessante per la nostra Commissione del nuovo Patto per la salute riguarda i casi in cui le regioni non rispettino i piani di rientro e vadano in disavanzo economico finanziario, nei quali vengono chiesti in maniera perentoria il blocco del *turn-over* del personale e il blocco delle spese non obbligatorie. Al riguardo, ritengo che sia facile effettuare una verifica del blocco del *turn-over*, ma vorrei capire cosa s'intende per blocco delle spese non obbligatorie, con riferimento all'autonomia delle regioni e a quanto possono dare con i loro rispettivi bilanci.

FIORENZA BASSOLI. Ringrazio il Ministro Fazio anche per il cortese appunto che mi ha mosso, riprendendo un tema che abbiamo avuto modo di trattare in una precedente occasione di confronto che abbiamo avuto nella Commissione sanità del Senato.

Al riguardo vorrei rassicurarlo: non ho alcuna intenzione di mettere in discussione il Patto laddove si propone di limitare al massimo i disavanzi e di realizzare piani di rientro, nei casi in cui questi si siano creati. Nutro, invece, qualche dubbio sul concerto tra il Ministero dell'economia e delle finanze e il Ministero della salute per il modo in cui è stato improntato questo rapporto nella recente legge che ha portato alla nomina del nuovo Ministro. Mi sembrava, infatti, un'impostazione fortemente economicistica e non attenta a un equilibrio, certo molto difficile da raggiungere, tra gli obiettivi di bilancio e gli obiettivi di salute, ai quali dovremmo cercare sempre di uniformare le politiche sanitarie nel nostro Paese.

Tali obiettivi di salute, del resto, sono diversi rispetto a qualche anno fa, perché, come da lei sottolineato, signor Ministro, fra qualche anno il 35 per cento della popolazione avrà più di 65 anni, con conseguenti cambiamenti demografici ed epidemiologici. Attualmente, la cronicità e la non autosufficienza sono in aumento, per cui gli obiettivi di salute devono modificarsi e cercare di essere in equilibrio con quelli economici. Spetta a voi, dunque, l'onere della prova e a me, per il ruolo che oggi ricopro, quello di chiedere che a questa risposta si arrivi con la massima attenzione verso i nuovi obiettivi di salute.

Lei ha dichiarato che il nuovo Patto si ispira – come già l'Accordo siglato nel 2001 – al principio del « chi rompe paga », salvo poi prevedere una base premiale, con una sorta di strategia del bastone e della carota. Ritengo che questa responsabilizzazione sia necessaria per costruire un sistema di federalismo che stiamo perseguendo anche attraverso una serie di provvedimenti fiscali, obiettivo ampiamente condiviso. Il nostro Paese parte però da una situazione in cui il federalismo non è affatto un dato scontato o consolidato. Proprio nel settore della sanità, dove maggiormente si è esercitata l'autonomia delle regioni, il nostro Paese è profondamente diviso ed evidenzia profonde differenze fra nord, sud e centro per quanto riguarda sia la quantità, che la qualità dei servizi.

Accanto ai due princìpi del « chi rompe paga » e del sistema premiale collocherei dunque quello della *partnership*, della creazione di un federalismo solidale, obiettivo per cui la mia parte politica si batte, affinché proprio nel settore in cui maggiormente si è esercitata l'autonomia delle regioni si possano realizzare forme di collaborazione tra regioni maggiormente

avanzate e regioni meno avanzate, stringendo un patto che consenta di evitare che questo Paese vada in pezzi, per il superamento di queste differenze sostanziali che sono vissute dai cittadini come un elemento disgregante.

Vorrei quindi sapere se attraverso i tavoli previsti dal nuovo Patto per la salute sia possibile costruire queste forme di *partnership* tra regioni, per dare obiettivi salute sui quali, grazie al ruolo di traino delle regioni in certi settori più forti, convergere per realizzare un federalismo solidale e condiviso.

La seconda questione che vorrei sottoporle, signor Ministro, parte dalla considerazione che il nostro sistema sanitario ruota intorno al sistema ospedaliero. Dagli anni '90, l'ingresso dei privati nel sistema sanitario ha riguardato quasi esclusivamente il settore dell'attività ospedaliera, con la collocazione sulle prestazioni maggiormente vantaggiose dal punto di vista dei DRG, almeno stante l'esperienza della mia regione. Questo è accaduto proprio in mancanza di una programmazione di carattere generale concernente il nostro sistema ospedaliero. Credo quindi che la riduzione *tout court* dei posti letto, senza una incentivazione di tutto il sistema territoriale, finisca per colpire ancora una volta i settori più deboli della popolazione. Lei giustamente sottolineava come anziani, disabili, malati cronici, malati di tumore, malati psichici, in mancanza di un'organizzazione a rete territoriale con il sistema ospedaliero, siano destinati a pagare lo scotto della riduzione dei posti letto, almeno nelle regioni che hanno già realizzato lo sforzo di ridurre i posti letto. Sotto questo profilo, non sono, dunque, favorevole alla centralità del sistema ospedaliero nel sistema sanitario, visti i cambiamenti che ci sono stati, ma considero importante che sul piano del territorio il Governo dia un *input* forte anche in termini di risorse. Vorrei sapere se questo sia possibile e su quali obiettivi ci muoviamo.

Vorrei chiederle infine da un lato, se le regioni che hanno utilizzato tutte le loro risorse e vogliono ancora investire possano siglare a partire dal 2010 un accordo di programma e avere le risorse per investire nuovamente sia sul piano dell'innovazione tecnologica che delle strutture; dall'altro lato, se non ritiene che una riduzione standard del personale penalizzi le regioni nelle quali già da anni si registrano carenze di personale sanitario, per quanto riguarda soprattutto il personale infermieristico e il personale di riabilitazione e di educazione, necessario nel campo delle malattie psichiatriche. Questa riduzione del personale, anziché essere standard, a mio avviso, potrebbe essere programmata anche a seconda delle esigenze, senza penalizzare i servizi.

GIANVITTORE VACCARI. Ringrazio il Ministro anche a nome della Lega Nord. Devo fare soltanto una sottolineatura, condividendo tante delle valutazioni espresse. Apprezzo anch'io la chiarezza del Ministro nel rilevare l'esigenza del riallineamento della sanità nelle varie regioni e di fermezza nelle azioni.

Avevamo accolto con preoccupazione nel cosiddetto « decreto mille proroghe » al Senato un comma, poi stralciato dal Governo in maniera molto attenta, che prevedeva una proroga per il riallineamento di alcuni regioni per quanto riguarda la sanità. Dalla relazione del Ministro mi sembra di capire che non ci saranno altre proposte come quelle fatte al Senato e, in questo senso, apprezziamo la posizione del Ministro.

PRESIDENTE. Nel ringraziare per la presenza anche il dottor Filippo Palumbo, direttore generale e capo dipartimento della qualità, e il dottor Fulvio Moirano, direttore generale di AGENAS, do la parola al Ministro Fazio per la replica.

FERRUCCIO FAZIO, *Ministro della salute*. Grazie Presidente, rispondo molto brevemente al senatore Vaccari, che ha evidenziato un aspetto specifico relativo ad una proposta emendativa presentata al Senato nel corso dell'esame del cosiddetto « decreto mille proroghe ». Quell'emendamento, in realtà, forse dovrebbe essere considerato in maniera non negativa, a

mio avviso, perché consentiva alle regioni senza risorse aggiuntive di mantenere il rigore. Questo era il principio dell'emendamento: non si trattava di lassismo, ma esattamente del contrario. Spesso, infatti, accade che i commissari – o nel caso della Sicilia l'assessore regionale – si trovino in difficoltà a fare un certo tipo di politica di rigore perché non ne hanno l'obbligo. Quell'emendamento era stato presentato proprio per agevolare questo fine. Purtroppo, nella situazione convulsa della discussione del « decreto mille proroghe » non c'è tempo di spiegare queste problematiche. Per il futuro mi rendo disponibile per chiarire questi aspetti. La ringrazio comunque per aver posto la questione e posso capire che leggendoli testo di quell'emendamento abbia potuto dare l'impressione da lei richiamata.

Rispondo ora in modo articolato ai vari quesiti, iniziando dai cinque posti dal deputato Scalera. Innanzitutto mi preme chiarire che, anche se tecnicamente siamo già nell'ambito del nuovo Patto per la salute, l'esperienza della regione Campania a cui egli si riferisce riguarda il precedente Patto, in cui ancora non si è verificato l'affiancamento Ministero-regione nell'organizzazione dei servizi sanitari. Auspico che ciò avvenga, ma credo sia opportuno aspettare che i nuovi governanti della regione chiedano eventualmente l'aiuto dell'AGENAS, perché questo deve essere fatto d'intesa. Nel caso dell'Abruzzo, ad esempio, lo dico anche al senatore Mascitelli, questo è avvenuto e sono stati realizzati incredibili passi avanti, che andrò a specificare nel dettaglio.

Per la Campania c'è dunque questa disponibilità da parte del Governo, proprio perché ad oggi non siano stati ottenuti risultati significativi. Considero importante identificare questa nuova fase che si va ad aprire dopo le elezioni regionali come una fase in cui il Governo interviene dal punto di vista non solo dei conti, ma anche della struttura.

Abbiamo un'attenzione particolare nei riguardi dell'Ospedale del Mare e stiamo valutando come integrare tale struttura nel territorio senza renderla una cattedrale nel deserto. Ci rendiamo conto della questione e la stiamo valutando, all'interno del nuovo Patto, nell'ambito della individuazione degli obiettivi prioritari del sud che dovranno essere presto discussi. Questo è infatti uno degli aspetti che potremo considerare tra gli investimenti prioritari, sia ai fini dell'utilizzo dei fondi FAS, che dell'applicazione dell'articolo 20 della legge n. 67 del 1988, perché si tratta di un aspetto particolarmente cruciale, che abbiamo presente. Per quanto attiene l'edilizia ospedaliera, ricordiamoci che le regole stabiliscono che, laddove la regione non approvi il piano ospedaliero, il programma di cui al citato ex articolo 20 rimanga bloccato. È molto importante perciò che la regione approvi il programma ospedaliero.

Proprio perché c'è stata una buona collaborazione, essenziale da questo punto di vista – colgo l'occasione per dire che l'ultimo commento della senatrice Bassoli è assolutamente da me recepito –, tra governanti regionali e Governo centrale, è più facile per AGENAS intervenire. Lo abbiamo fatto in Sicilia e in Abruzzo proprio perché esiste una collaborazione. Quando esistono collaborazioni reali evidentemente è più facile. Ci auguriamo che questo avvenga anche in Campania, che per noi rappresenta una delle problematiche più importanti. Assicuro al senatore Scalera la massima attenzione per la Campania. Sabato prossimo, ci incontreremo per parlare di questo problema, ma in sede di Commissione ribadisco che la Campania è una delle regioni che il Governo deve attenzionare maggiormente.

Per quanto riguarda il blocco del *turnover*, riconosco che esiste un problema di pensionamento. Rilevo, peraltro, che la Campania ha l'ulteriore problematica dei contratti integrativi più cari d'Italia, e quindi presenta un'anomalia particolare. Credo quindi che tutta la problematica dovrà essere presa in considerazione e valutata d'intesa tra Governo centrale, AGENAS e regione Campania.

Per quanto attiene al problema del protocollo d'intesa Università-regioni, è arrivato il momento di effettuare un bilancio

della legge n. 517 del 1992, tenendo presente peraltro che la Corte costituzionale ha dichiarato incostituzionale perché viola l'autonomia regionale. Questa legge deve quindi essere vista come uno solo dei modi con cui le regioni possono costituire dei protocolli d'intesa con l'Università e che esistono ulteriori modi, molto efficaci, come quello della Lombardia, che riguardano semplici convenzionamenti con modalità non farraginose. Ritengo che sarebbero metodologie probabilmente superiori alla legge n. 517 del 1992, che comunque non ha nessun valore giuridico né preferenziale né impositivo, perché la Corte costituzionale l'ha dichiarata contraria all'autonomia regionale. L'importante è che i protocolli d'intesa, giustamente, siano stipulati.

Venendo all'accreditamento dinamico, non è che annualmente si dà o si toglie l'accreditamento. Ho messo sul tavolo un'ipotesi, che vorremmo portare all'attenzione della Conferenza Stato-regioni, che deve valutarla, secondo la quale l'accreditamento ogni anno può essere più premiale o meno premiale a seconda della qualità dei servizi prestati. Siamo comunque soltanto a livello di ipotesi.

Per quanto riguarda il problema della verifica annuale del disavanzo, confermiamo un cospicuo disavanzo strutturale sia per il Lazio che per la Campania, lasciando da parte la Calabria. Faremo i conti a marzo-aprile, ma riteniamo che per queste regioni, per le quali sono stati attivati tavoli, sia necessario un piano di rientro.

Vengo alle questioni poste dal senatore Mascitelli. Certo, non è facile controllare l'appropriatezza delle prestazioni di mantenimento dei LEA. Nei venti mesi di attività dell'attuale Governo, tuttavia, dal non farlo siamo arrivati a porre le basi sul come farlo: abbiamo presentato a tutte le regioni i famosi « bersagli » con il controllo del paniere di trenta indicatori di appropriatezza ospedaliera (tasso di ospedalizzazione, peso medio DRG), di appropriatezza territoriale (vaccinazioni, indicatori territoriali come i ricoveri di prestazioni fatte sul territorio), della farmaceutica ospedaliera, farmaceutica territoriale, della diagnostica ospedaliera.

Abbiamo i dati regione per regione, ASL per ASL, ospedale per ospedale, azienda ospedaliera per azienda ospedaliera di tutta Italia per il 2008. Non siamo ancora in tempo reale, ma con la sanità elettronica arriveremo al tempo reale. Questo è quanto il Governo ha fatto in questi venti mesi. Credo che rappresenti già un passo in avanti aver comunicato alle regioni tutti questi dati, che stiamo per distribuire anche alla Commissione d'inchiesta presieduta dal senatore Marino. Invieremo tutto, se lo ritenete opportuno, anche a questa Commissione.

PRESIDENTE. Grazie.

FERRUCCIO FAZIO, *Ministro della salute*. A questi dati dobbiamo aggiungere alcuni dati che non abbiamo ancora, ovvero gli indicatori di *outcome* (risultato). Il problema degli indicatori di *outcome* è molto complesso perché coinvolge l'*input*, cioè il *mix* iniziale: non si può paragonare l'*outcome* di due pronto soccorso, se la gravità dei pazienti che entrano non è paragonabile. Stiamo lavorando con l'ASP (Agenzia di sanità pubblica) di Roma, per mettere a punto indicatori di *outcome*, aspetto tra i più interessanti, ma estremamente difficile perché il campione deve essere standardizzato.

Un altro aspetto importante è l'*audit* civico. Si tratta di un progetto in collaborazione con l'Associazione Cittadinanza attiva, che prevede che siano i cittadini a giudicare i servizi sanitari. Un altro aspetto molto importante è la *customer satisfaction*. Esiste infatti una valutazione non solo di come vengono erogati i servizi, ma anche di come il cittadino li percepisce e di come il cittadino ritiene che viene trattato sul territorio, della *user friendliness* in cui il cittadino si trova sul territorio stesso. A questo aspetto dedichiamo particolare attenzione con il dottor Moirano dell'AGENAS, che ci sta aiutando ad affrontare tutti questi aspetti, uno dei quali, quello degli indicatori oggettivi, co-

mincia ad essere già una realtà . Abbiamo infatti già a disposizione i dati relativi al 2008, ma, tra un anno e mezzo, quando avremo completato il progetto di una sanità elettronica, contiamo di poterli avere in tempo reale.

Per quanto riguarda l'Abruzzo, ho seguito personalmente la metodologia con il dottor Moirano, con il dottor Palumbo e il presidente della regione. Abbiamo prima fatto una metodologia di valutazione del fabbisogno, di cui possiamo fornire il documento. Tale metodologia può essere estesa a tutti i piani di rientro. Identificato come stabilire il fabbisogno, è necessario valutare ASL per ASL e città per città il fabbisogno reale, sia ospedaliero sia territoriale.

Tengo a ribadire un punto essenziale: nessuno vuole chiudere ospedali. Si tratta di riconvertire strutture di alta ospedalità acuta in strutture residenziali, strutture di lungodegenza o di riabilitazione. Le strutture ospedaliere si devono riconvertire in strutture residenziali oppure in strutture di tipo diagnostico, come sta succedendo per esempio al San Giacomo di Roma (presidio territoriale diagnostico), per decomprimere tutta la parte di accesso ai pronto soccorso e di diagnostica che non deve essere più fatta in ospedale.

Se è avvenuto in passato ce ne facciamo carico, ma chiedo a tutti di non parlare più di chiusura di ospedali, perché nessuno sta chiudendo ospedali. Noi stiamo riconvertendo, rimodulando e riqualificando la rete assistenziale che va dal territorio all'ospedale. Considero questo un processo fondamentale. Con questo rispondo in parte anche alla domanda della senatrice Bassoli, con la quale condivido l'idea che sia inaccettabile parlare di chiusura *tout cour*t di ospedali. Questa consapevolezza, del resto, mi sembra molto chiaro anche in molte espressioni elettorali dei candidati a queste elezioni regionali.

Tornando all'Abruzzo, abbiamo un cronoprogramma per cui dal 2009 al 2012 passiamo da 22 a 10 presidi territoriali, con passaggi progressivi, individuando anche il personale relativo, unità operativa per unità operativa. Questo è stato concordato, senatore Mascitelli, con il presidente della regione nella sua qualità di commissario, che ha firmato il progetto. Il progetto esiste e si tratta di realizzarlo. In questo ambito la piena disponibilità del Governo, nell'ambito delle sue competenze, a illustrare l'impegno del Governo a tutti i commissari che possono trovarsi in difficoltà nelle singole regioni e a fare tutto quanto sarà necessario per sostenerli nel loro compito.

Per quanto attiene al blocco delle spese non obbligatorie, preciso che queste sono relative ai capitoli di bilancio regionali che richiedono risorse per le quali non siano state maturate obbligazioni verso soggetti terzi. In sostanza, vengono bloccate tutte le risorse riorientabili e rifinalizzabili per la copertura del disavanzo sanitario. Naturalmente, questo è strettamente collegato alla possibilità di avere un subcommissario o un commissario *ad acta* che si occupi specificamente della gestione contabile e che controlli direttamente il problema.

Per quanto riguarda le domande della senatrice Bassoli, credo che abbiamo già risposto relativamente al problema del concerto fra Ministero dell'economia e delle finanze e Ministero della salute, sulla necessità, che condividiamo, di tenere distinti gli obiettivi di salute da quelli economici, dico che raccogliamo la sfida che ci viene posta: a noi l'onere della prova.

Sentir parlare poi la senatrice Bassoli di federalismo solidale, di *partnership* e di collaborazione, è musica per le mie orecchie. Sul come procedere per conseguire tali obiettivi, posso rispondere, e le rispondo con la mano sul cuore, ricordandole la buona volontà che abbiamo dimostrato in questi venti mesi e lo spirito di collaborazione che abbiamo instaurato con il tavolo delle regioni. La mia convinzione è che, insieme alla sensazione comune di lavorare per l'interesse dei cittadini, stia maturando anche questo spirito di solidarietà. Nutro quindi un certo ottimismo, anche se non ho bacchette magiche o soluzioni geniali da proporre, ma semplicemente una grande buona volontà.

Credo di aver già risposto all'osservazione sollevata dalla senatrice Bossoli in merito ai posti letto, quando ho detto che gli ospedali non si devono chiudere ma riqualificare. Infine, la risposta sull'uso delle risorse di cui all'articolo 20 della legge n.67 del 1988 è positiva: abbiamo 6 miliardi di euro con cui è possibile siglare nuovi accordi di programma anche con le regioni virtuose che hanno già proceduto alla riduzione dei posti letto, qualora documentino l'esistenza di una buona programmazione.

Infine, sulla questione della riduzione del personale (con il blocco del *turn over*), preciso che questa non è standard, ma è una riduzione rispetto allo standard del personale, che verrà calcolato sulla base delle *best practices* nazionali. Questo è il cuore della differenza del nuovo Patto per la salute rispetto al vecchio Patto.

PRESIDENTE. Apprezziamo l'estrema disponibilità e l'ampio tempo che il Ministro ci ha concesso, andando anche oltre i tempi fissati dalla sua agenda. Nello scusarci per questo, confermiamo che la Commissione è molto attenta al grande lavoro che sta facendo il suo Ministero. Attendiamo di ricevere i dati che il Ministro si è impegnato a trasmettere alla Commissione, con l'intenzione di rivederci e di approfondire ulteriormente le informazioni.

Nel ringraziare ancora il Ministro Fazio per la presenza, dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 15,25.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE
DELLA CAMERA DEI DEPUTATI

DOTT. GUGLIELMO ROMANO

Licenziato per la stampa
il 23 giugno 2010.

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

€ 1,00

16STC0008760